

同等计划申请



引言:

同等计划是雇主提供的带薪休假计划。如果获得批准,雇主将以获批同等计划替代州政府提供的带薪休假俄勒冈州计划,从而向员工提供带薪休假福利。此外,同等计划可以是雇主管理或购买的全额保险单。

提交同等计划的最佳做法与提示:

- 在开始申请之前,通过 paidleave.oregon.gov 查看同等计划指南,了解所有与该计划相关的要求
- 至少需要 30 天才能出结果。如果获得批准,您的同等计划将于下个季度的第一天生效。
- 如果您有任何疑问,请致电 1-833-854-0166 与我们联系。

付款信息:

- 对于纸质申请而言,我们只接受支票付款。如果您想通过 ACH 付款,请在 frances.oregon.gov 网页中,在线填写您的同等计划申请。请将支票支付给“俄勒冈州 带薪休假就业部”。此外,请在支票的备注栏中注明“同等计划申请”。

费用信息:

- 同等计划的初始批准金额为 250 美元。

如果雇主提交供重新批准的计划,有实质性或非实质性的变更,雇主将收到我们的通知,并对重新批准所需的相关费用进行评估:

- 重新批准具有实质性更改的同等计划的费用为 250 美元。
- 重新批准非实质性或无更改的同等计划的费用为 150 美元。

说明:

- 标有 * 的字段为必填项
- 请确保文字清晰可辨
- 在审查完您的申请后,我们将通过邮件通知您
- 请用黑色或蓝色墨水笔填写此表格
- 请将填好的表格及所需文件邮寄至第 4 页显示的地址

您必须为每个业务标识号 (BIN) 填写一份申请表。提供完整的申请文件:

- 如果您正在申请雇主管理的计划,请填写 A、C、D、E、F 部分,并邮寄您的申请、同等计划、偿付能力文件的副本以及支票付款。
- 如果您要申请完全保险计划,请填写 A、B、C、D、F 部分,并邮寄您的申请、同等计划或保险单的副本以及支票付款。
- 如果您正在申请重新批准您的雇主管理计划,请填写 A、C、D、E、F 部分,并邮寄您的申请、同等计划、偿付能力文件的副本以及支票付款。
- 如果您正在申请重新批准完全保险计划,请填写 A、B、C、D、F 部分,并邮寄您的申请、同等计划或保险单的副本以及支票付款。

A 部分 - 联系信息

如果我们对您的同等计划申请有任何疑问, 工作人员将通过此联系信息联系您。

*公司名称:	*联邦雇主识别号码 (FEIN): _____ - _____
*商业识别号码 (BIN):	_____ - _____
*名:	*姓:
*电话号码:	*电子邮箱:

实际地址

*街道地址第 1 行:		
街道地址第 2 行:		
单元类型:	单元号:	*城市:
*州:	*邮编:	国家:

邮寄地址(如果与实际地址不同)

*街道地址第 1 行:		
街道地址第 2 行:		
单元类型:	单元号:	*城市:
*州:	*邮编:	国家:

B 部分 - 保险公司联系信息(如适用)

*保险公司名称:	
*保险公司联系人姓名:	
*电话号码:	*电子邮箱:

实际地址

*街道地址第 1 行:		
街道地址第 2 行:		
单元类型:	单元号:	*城市:
*州:	*邮编:	国家:

邮寄地址(如果与实际地址不同)

*街道地址第 1 行:		
街道地址第 2 行:		
单元类型:	单元号:	*城市:
*州:	*邮编:	国家:

C 部分 - 保单/计划详情

请提供有关您计划的以下方面的详细信息。如果您想了解完全保险计划与雇主管理计划的区别, 请参阅同等计划指南。

计划类型: <input type="checkbox"/> 完全保险: (保单/表格身份证号码 _____) 或 <input type="checkbox"/> 雇主管理
保单承保开始日期(年/月/日):
保单承保结束日期(年/月/日):

D 部分 - 调查表

计划详情	
1. 您目前是否有获批的与该部门计划同等的计划?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 如果“是”，本计划是否有任何修改之处(比如，由雇主管理改为完全保险)?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用
最低计划要求	
3. 您的计划必须提供给所有连续与您一起工作 30 天的,同时在俄勒冈州工作的员工(包括全职、兼职、正式员工,以及临时员工)。您的计划必须立即为新雇用的员工提供保险,即这些雇员的工作来自经批准的同等级计划。您的计划是否满足这些要求?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 您的计划必须为与家庭、医疗和安全相关的休假提供以下假期长度:在连续 52 个日历周(或连续 53 周,如适用)期间,您的员工至少享有 12 周的带薪休假。此外,您的员工还可享受外加用于怀孕、分娩和相关条件的 2 周带薪休假。您的计划是否满足这些要求?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 您的计划必须允许以工作周或工作天为单位的休假。您的计划是否满足此要求?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 如果员工因严重的健康问题无法工作,您的计划必须为员工提供带薪医疗假期。您的计划是否满足此要求?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7. 您的计划必须为雇员提供带薪家庭假,以方便员工照顾有严重健康问题的家庭成员或任何有血缘或姻亲关系的个人,其与被保险人的密切联系相当于家庭成员关系。您的计划是否满足此要求?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8. 您的计划必须为员工提供带薪家庭假,以便员工在孩子出生、寄养或收养后的第一年内与孩子建立亲密关系。您的计划是否满足此要求?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
9. 您的计划必须为雇员提供与家庭暴力、跟踪、性攻击或骚扰有关的带薪安全假。您的计划是否满足此要求?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
10. 您的计划必须向符合条件的员工支付大于或等于州计划的福利。您的计划是否满足此要求?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
11. 您是否为该计划作出了合理的努力,在收到要求或休假开始后两周内(以较晚日期为准)向雇员发放第一笔福利金?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
员工款项	
12. 雇主可以承担与批准的同等计划相关的全部或部分费用。您是否打算从员工的工资中扣除相关款项为该计划提供资金?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
13. 您的计划不能要求任何员工缴款总供款率的 60%。您的计划是否满足此要求?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
14. 从同等计划所涵盖的雇员那里扣留的缴款必须仅用于为同等计划提供资金,并且不得出于任何目的被视为雇主资产的一部分。您是否符合此要求?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
工作保护和健康福利	
15. 您的计划必须为休假员工提供工作保护权利(如果他们已被雇用 90 天)。您的计划是否满足此要求?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

16. 您必须向雇员提供书面通知,其中包括 OAR-471-070-2330 中详述的所有信息,并在该部门的书面通知模板中显示相关信息。您是否符合此要求?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
17. 如果您目前正在为雇员的健康福利提供缴款,那么,只要他们能够维持自己在雇员医疗保险费中的份额,您就必须在雇员休假期间继续提供同样的健康福利。如果您目前为雇员的健康福利提供缴款,您的计划是否满足此要求?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

E 部分 - 偿付能力文件(如适用)

拥有雇主管理计划的雇主,必须通过计算其在国家计划中的缴款金额,并提供相关文件(银行对账单、债券等)作为偿付能力证明,来证明其同等计划的偿付能力。

请附上适当的文件以证明上述计算出的总金额的偿付能力。文件可以包括保证金、资产证明或不可撤销的信用证。

F 部分 - 认证

通过提交此付款,我明白申请费不可退还,如果我的申请被拒绝,我将不得不提交额外的付款,以支付任何未来的同等计划申请费。

我证明并同意仅将员工缴款用于本计划的管理目的。

我已阅读并确认 ORS 第 657B 章中规定的法律,并将遵循所有当前和未来的法律法规、行政规则和机构政策中关于雇主提供经批准的同等计划的相关要求。

我知道,如雇主对有关本章中提出的福利要求作出虚假陈述,或未报告相关重要事实,法律将对雇主进行处罚。

我声明上述内容是真实的、正确的,否则将受到伪证处罚。

在_____(州)_____ (城市),于_____年_____月_____日执行。

姓名(打印):

头衔:

签名:

确认

在收到您填写完整的申请后,至少需要 30 天才能出结果。如果需要进一步的信息,该部门将通知提供的联系人。

请将此表格和所需附件返回至:

**俄勒冈州沙连
东北联合街875号
俄勒冈州就业部
俄勒冈州的带薪假期申请办公室
邮编:97311**

是否需要帮助?

俄勒冈州就业部(OED)是一个提倡机会均等的机构。每个人都有权使用俄勒冈州就业部(OED)的程序和服务。俄勒冈州就业部(OED)可为每个人提供一系列的免费帮助。比如手语和口语翻译、其他语言的书面材料、盲文、大字版、音频和其他格式。如果您需要帮助,请致电 833-854-0166(免费)。TTY 用户请拨打 711。您也可以通过paidleave@oregon.gov寻求帮助。